



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Diabeetikon kokemukset saamastaan elintapaohjauksesta

Korpi, Tia

Markelin, Katja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Diabeetikon kokemukset saamastaan elintapaohjauksesta

Tia Korpi
Katja Markelin
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2011

Tia Korpi, Katja Markelin

Diabeetikon kokemukset saamastaan elintapaohjauksesta

Vuosi	2011	Sivumäärä	41
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Lohjan diabetesyhdistyksen jäsenten kokemuksia saamastaan elintapaohjauksesta. Tavoitteena oli diabeetikoiden elintapaohjauksen kehittäminen. Opinnäytetyössä käsiteltävät teemat saatiin aikaisemmasta hankeprojektista. Työ on osa Lohjan Laurean Ennakoiva hoito ja tulevaisuus hanketta.

Opinnäytetyön teoriaperustana oli diabetes ja sen hoito, elintapaohjaus ja transteoreettinen muutosvaihemalli. Tutkimus toteutettiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Henkilökohtaisia haastatteluja toteutettiin 19 ja yksi haastateltava vastasi sähköpostitse. Haastattelut tallennettiin sähköiseen Digium-tietokantaan. Vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Tuloksia verrattiin elintapaohjausta käsitteleviin tutkimuksiin ja teorian tietoon.

Tulosten mukaan diabeetikot olivat melko tyytyväisiä saatuun elintapaohjaukseen sekä tämän hetkiseen terveydentilaansa. Ohjausta oli saatu perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Tuloksista ilmeni diabeetikoiden olevan erivaiheissa elintapamuutosta, verraten transteoreettiseen malliin. Diabeetikoiden oma motivaatio ja tiedonhalu olivat yhteydessä muutoksen toteuttamiseen. Tulosten mukaan elintapaohjauksessa on edelleen kehitettävää.

Tutkimuksen mukaan elintapaohjauksesta tarvittiin lisää tietoa. Ravitsemusohjauksen olisi toivottu olevan konkreettisempaa, esimerkkejä siitä mitä saa syödä ja mitä tulisi välttää. Painonhallinnasta olisi kaivattu tukea ja neuvoja enemmän, kuten liikunnan ja terveelliseen ravitsemuksen yhdistämiseksi. Diabeetikot kokivat tarvitsevänsä lisää konkreettista ohjausta liikunnan harrastamisesta, lähinnä heille soveltuvista lajeista.

Suurin kehittämiskohde oli konkreettisten ohjeiden saaminen elintapamuutoksen tueksi. Ravitsemus nousi suurimmaksi teemaksi. Jatkossa kehittämiskohteena olisi konkreettinen ja selkeä elintapaohjaus, johon kuuluu terveellisiin valintoihin ohjaaminen. Elintapaohjauksessa muutosten tekeminen etenee yksilöllisesti, joten muutosprosessin vaihe tulee ottaa ohjauksessa huomioon.

Avainsanat: diabetes, elintavat, elintapaohjaus, muutosvaihemalli.

Tia Korpi, Katja Markelin

Experiences of a Diabetic of Received Lifestyle Guidance

Year	2011	Pages	41
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to clarify the experiences of members of the Lohja Diabetes Association of the lifestyle guidance they received. The goal was developing the lifestyle guidance of diabetics. The themes handled in this thesis were derived from an earlier project. This work is a part of the project Proactive Treatment and the Future of Laurea University of Applied Sciences in Lohja.

The theory basis of this thesis consisted of diabetes and its treatment, lifestyle guidance and the Transtheoretical Stages of Change Model. This study was realized with a half-structured questionnaire. There were altogether 19 personal interviews and one interviewee answered by e-mail. The interviews were stored in the electronic Digium database. The answers were analyzed by content analysis. The results were compared to researches and theory knowledge related to lifestyle guidance.

According to the results, the diabetics were fairly satisfied with the given lifestyle guidance as well as their present physical condition. Guidance had been given in primary health care and occupational health care. The results showed that diabetics were in different stages of the lifestyle change when compared to the transtheoretical model. The motivation and desire for knowledge of the diabetics themselves were related to realizing the change. According to the results, lifestyle guidance still needs to be developed.

According to this study, more information was needed on lifestyle guidance. The diabetics would have wanted the nutrition guidance to be more concrete and to have examples of what one can eat and what should be avoided. More support and advice would have been needed on weight control, for instance on how to incorporate exercise and healthy nutrition. The diabetics felt that they needed more concrete guidance on exercising, mostly on sports that would suit them.

The largest development target was receiving concrete advice to support the lifestyle change. Nutrition was highlighted as the biggest theme. In the future, the development target would be concrete and clear lifestyle guidance that includes guiding towards healthy choices. In the lifestyle guidance, making changes progresses on an individual basis, so the stage of the change process should be taken into account in the guidance.

Keywords: diabetes, life styles, lifestyle guidance, stages of change model

SISÄLLYS

1	Johdanto	6
2	Teoreettinen viitekehys	8
	2.1 Diabetes sairautena	8
	2.2 Diabeteksen hoito ja omahoito	10
	2.3 Diabeteksen ehkäisy	11
3	Diabeetikon elintapaohjaus	13
	3.1 Muutoksen tekeminen	15
	3.2 Motivaation rakentaminen	18
4	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	18
5	Tutkimuksen toteuttaminen	19
	5.1 Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi	19
	5.2 Tutkimuksen eteneminen	20
	5.3 Haastattelu	21
	5.4 Eettisyys	22
6	Tutkimustulokset	22
	6.1 Haastateltavien taustatiedot	22
	6.2 Diabeetikoiden saama ohjaus terveellisistä elintavoista	23
	6.3 Elintapojen muutokset ohjauksen jälkeen	24
	6.4 Diabeetikoiden elintapaohjauksen tarve	24
	6.5 Elintapamuutosten toteuttaminen muutosvaihemallin mukaan	27
7	Pohdinta	29
	7.1 Tutkimustulosten tarkastelu	29
	7.2 Luotettavuus	32
	7.3 Kehittämisehdotukset	33
	Lähteet	35
	Kuvat	39
	Kuviot	39
	Taulukot	39
	Liite1. Haastattelulomake	40

1 Johdanto

Suomessa on noin 300 000 diagnosoitua diabeetikkoa. Todellisuudessa sairastuneita on kuitenkin yli kaksinkertainen määrä, heillä ei ole diabeteksen oireita eikä heitä ole diagnosoitu. Diabeetikoiden määrään ennustetaan kasvavan, ellei elintapariskiteijöihin voida tehokkaasti ja nopeasti puuttua. Tutkimuksissa on osoitettu, että diabetekseen sairastumista pystytään ehkäisemään muuttamalla elintapoja terveellisemmiksi. (Alahuhta, Korkiakangas, Jokelainen, Husman, Kyngäs & Laitinen 2009; Koski 2010, 6.)

Diabetes on lisääntymässä koko ajan, siihen vaikuttaa elintason nousu, liikunnan vähäisyys ja lihominen (Koski 2010, 13-20). Dehkon 2D-hankkeesta saaduissa tuloksissa korkein sairastumisriski diabetekseen on henkilöillä, jotka ovat ylipainoisia tai vyötärölihavia (Dehko 2d-hanke 2003-2007, 68). Diabetes on sokeriaineenvaihdunnan häiriö (Mustajoki 2010a), jossa plasman glukoosipitoisuus on suurentunut (Käypä hoito -suositus 2009a).

Terveelliset elintavat ovat keskeisiä terveyden edistämisessä ja diabeteksen ehkäisyssä. Elintavoilla tarkoitetaan ravitsemusta, liikuntaa, painonhallintaa, tupakointia ja päihteiden käyttöä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008.) Käypä hoito -suosituksen (2009a) mukaan lisäämällä liikuntaa, muuttamalla ruokailutottumuksia ja pudottamalla painoa voidaan ehkäistä tyypin 2 diabetesta.

Elintapaohjaus on osa diabeetikon hoitoa. Elintapaohjauksessa on tarkoitus antaa terveyskäyttäytymiseen liittyvää teoretietoa, jolloin potilas voi omaksua uuden mallin elämäänsä. (Absetz, Valve, Jallinoja, Päätaalo & Hankonen 2008, 10.) Kyngäksen (2008) mukaan elintapoihin liittyvät muutokset ovat ohjauksessa suurimpana haasteena.

Aiheen ajankohtaisuuden ja laajuuden vuoksi, työ on rajattu koskemaan diabeetikoiden saamia kokemuksia elintapaohjauksesta. Elintapojen muutosvaihemallina käytämme työssämme transteoreettista mallia. Siihen kuuluu seitsemän eri vaihetta, jotka seuraavat toisiaan muutoksen edetessä. Muutos alkaa esiharkintavaiheesta ja etenee mahdollisten repsahdusten kautta päätösvaiheeseen. (Alahuhta, Korkiakangas, Kyngäs & Laitinen 2009.)

Tässä opinnäytetyössä kuvattiin diabeetikon kokemuksia saadusta elintapaohjauksesta. Diabeetikot olivat Lohjan seudun diabetesyhdistyksen jäseniä. Tavoitteena oli kehittää diabeetikoiden saamaa elintapaohjausta.

Opinnäytetyö oli osa Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hanketta. Sen tavoitteena on kehittää toimiva malli sydän- ja verisuonisairauksien sekä tyypin 2. diabeteksen ehkäisyssä. Hanke

toteutetaan Lohjan seudulla ja laajemmin Länsi-Uusimaalla. Yksilötasolla tarkoituksena on lisätä henkilön omaa aktiivisuutta huolehtia omasta terveydestään. (Ennakoiva hoito ja tulevaisuus 2008.)

Työssämme keskeisiä käsitteitä ovat diabetes, elintavat, elintapaohjaus ja muutosvaihemalli. Työmme oli kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jossa haastattelimme diabeetikoita puoli-strukturoiduilla haastattelulomakkeilla.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Diabetes sairautena

Diabetes sisältyy joukkoon muita sairauksia, joille yhteistä on kohonnut plasman glukoosipitoisuus. Insuliinin vaikutus elimistöön on puutteellista, koska vähentynyt insuliinin eritysvai-
kuttaa hiilihydraattiaineen vaihdunnan ohella energia-aineenvaihduntaan. (Lahtela 2008, 11.)

Tyypin 1 diabeteksessä eli T1D:ssä haiman beetasolut ovat tuhoutuneet, niiden tehtävänä on insuliinin tuottaminen. Kyseessä on autoimmuunisairaus, tässä prosessissa elimistön omat solut alkaa tuhota omia haiman insuliinia tuottavia soluja. Insuliinin tuotannon loppuminen kuvaa tautia hyvin, mutta silti insuliinin vaikutus elimistössä on normaali. Taudin syntymiseen vaikuttaa perimä yhdessä ympäristötekijöiden kanssa. Diabeetikko voi sairastaa T1D:tä vuosia tietämättään, taudin puhkeamiseen vaikuttaa useat tulehdustapahtumat. (Käypä hoito -suositus 2009a; Saraheimo 2009, 30.) Tyypin 1 diabetekseen sairastuminen on perinnöllistä ja siihen vaikuttaa myös ympäristötekijät (Käypä hoito -suositus 2009a).

Tyypin 2 diabetes eli T2D on perinnöllinen sairaus. T2D:ssä insuliinin vaikutus on puutteellista ja heikentynyttä. Tauti on perinnöllinen, sairastumiseen vaikuttaa myös ympäristöstä johtuvat tekijät. Molempien vanhempien sairastaessa T2D:tä on lapsella siihen sairastumisen riski jo 70 prosenttia. Sairastumiseen vaikuttaa ylipainoisuus, kohonnut verenpaine sekä kohonneet veren kolesteroliarvot. Sairastumisriskiin vaikuttaa erityisesti keskivartalolihavuus sekä liikunnan vähentyminen. Sairastuneella voi olla useampi edellä mainituista riskitekijöistä, kuitenkin sairastuneista 90 prosentilla on ylipainoa. (Käypä hoito -suositus 2007a; World health organization 2011.)

Tyypin 1 diabetes	Tyypin 2 diabetes
Perinnöllisyys	Perinnöllisyys
Sairastumiseen ei ole tiedossa ehkäisyä.	Elintavat <ul style="list-style-type: none"> • Ylipaino, keskivartalolihavuus • Kohonnut verenpaine, kohonneet veren rasva-arvot • Liikunnan vähäisyys
Autoimmuunisairaus <ul style="list-style-type: none"> • Elimistön omat solut tuhoavat haiman beetasoluja. 	Insuliinin vaikutus elimistössä puutteellista ja heikentynyttä.

Taulukko 1: Yhteenvedo diabeteksen etiologiasta (Käypä hoito -suositus 2009a)

Diabeteksen yleistyessä taudin tyyppien diagnostiset rajat hämärtyvät ja on tärkeämpää huomioida taudin vaikeusaste ja pyrkiä ehkäisemään lisäsairauksien syntyminen (Käypä hoito -suositus 2009a). Diabeetikoita on Suomessa noin 600 000, joista noin puolet on diagnosoituja diabeetikoita. Suurin osa potilaista sairastaa tyypin 2 diabetesta, noin 40 000 on todettu tyypin 1 diabeetikoiksi. (Koski 2010, 6; Saraheimo & Sane 2009, 13.) Maailmanlaajuisesti diabetesta sairastaa noin 320 miljoonaa ihmistä. Maailmalla diabetes on lisääntymässä kokoajan, siihen vaikuttaa elintason nousu, liikunnan vähäisyys ja lihominen. (Lahtela 2008, 12; Word health organization 2011.) Suurin osa suomalaisista diabeetikoista sairastaa tyypin 2 diabetesta, noin 75 prosenttia. Yleisesti tautiin sairastutaan yli 35-vuoden iässä ja 65 vuotta täyttäneistä diabeetikoista joka kymmenennellä on arvioitu olevan tyypin 2 diabetes. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 579; Saraheimo 2009, 30-31.)

Diabeetikoiden lukumäärän kasvaessa hoitokustannukset ovat kasvaneet nopeasti. Vuoden 2007 tulosten mukaan diabeetikoiden hoitoon menee vuodessa 1357 miljoonaa euroa. Kustannukset menevät hoitovälineisiin 3 prosenttia, lääkkeisiin 25 prosenttia, erikoissairaanhoidon avopalveluihin 11 prosenttia, erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoon 25 prosenttia, perusterveydenhuollon avopalveluihin 17 prosenttia ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoitoon 19 prosenttia. Diabeetikon lisäsairauksien hoito aiheuttaa merkittäviä lisäkustannuksia. (Diabetesliitto 2010.)

Ihmisen normaali verensokeri eli plasman glukoosipitoisuus on maksimissaan 6.0 mmol /l, kun arvo ylittyy, voidaan epäillä heikentynyttä sokerinsieto kykyä tai diabetesta. Diabetes on sokeriaineenvaihdunnan häiriö. Paasto glukoosipitoisuuden ollessa 6.1-6.9 mmol /l, potilaalla on heikentynyt glukoosinsieto kyky. Diabetes määritellään, kun potilaan verensokeri eli plasman glukoosipitoisuus on ollut paaston jälkeen pysyvästi koholla. Kohonnut plasman glukoosipitoisuus on 7.0 mmol/l tai suurempi. Paastoarvo täytyy mitata kahtena eripäivänä ja sen ylittäessä 7.0 mmol/l, on tulos diagnostinen. (Eriksson 2010; Mustajoki 2010a.) Paastoarvo ei riitä yksinään diagnoosin tekemiseen, tarvittaessa käytetään sokerirasituskoetta eli glukosirasituskoetta. (Mustajoki 2010a.)

T1D:n oireet ilmenevät, kun insuliinia tuottavia beetasoluja jäljellä vain 10-20 prosenttia. Oireet ovat hyvin selkeät, ne ilmenevät muutamissa päivissä tai viikossa. T1D:ssä ylimääräinen sokeri poistuu munuaisten kautta virtsaan, jolloin neste ja energia poistuvat elimistöstä. Tämän johdosta esiintyy tyypilliset diabetekseen liittyvät oireet kuten lisääntynyt virtsaneritys, jano ja laihtuminen, joka johtuu elimistön kuivumisesta. Laihtuminen johtuu rasva- ja lihaskudoksen vähenemisestä, koska insuliinia tarvitaan niiden rakennusaineena. Väsymyksen aiheuttaa solujen vaikeus käyttää sokeria energiaksi. Diagnoosin viivästyminen voi johtaa happomyrkytykseen eli ketoasidoosiin, joka on aina hengenvaarallinen tila. (Saraheimo 2009, 24.)

T2D todetaan usein sattumalta, tauti voidaan todeta elinmuutoksina kuten silmän- ja hermostonmuutoksina tai jopa sepelvaltimotaudin osana. Verensokerin hidas kohoaminen aiheuttaa vähän oireita, koska omaa insuliinin tuotantoa on vielä jäljellä. Tyypillisiä oireita T2D:ssä on väsymys, ruokailun jälkeen esiintyvä vetämättömyys, masennus ja ärtyneisyys, säryt jaloissa, heikentynyt näkö sekä tulehdusherkkyyys erityisesti virtsateissä ja iholla. Verensokerin kohotua virtsaan erittyy sokeria jolloin virtsa määrät lisääntyvät, tulee janon tunnetta ja laihtumista. (Saraheimo 2009, 24.)

2.2 Diabeteksen hoito ja omahoito

Diabeteksen hoidon tarkoituksena on ehkäistä liitännäissairauksien puhkeaminen sekä pyrkiä hyvään elämänlaatuun sairaudesta huolimatta. Potilaan kanssa sovitaan yksilölliset tavoitteet hoidolle. Pitkäaikainen verensokerin arvo eli sokerihemoglobiini mitataan laskimoverinäytteellä HbA1c. Arvoa mitataan 3-4 kertaa vuodessa. Tavoitteena hoidossa on veren glukoosipitoisuus HbA1c ruokavaliohoidolla alle 42 mmol/l ja lääkehoidosta riippuen HbA1c alle 53 mmol/l. (Ilanne-Parikka 2011; Käypä hoito -suositus 2009a; Mustajoki 2010b.) Rasva-arvot määritetään yksilöllisesti diabeteksen hoitotasapainon mukaan. Kokonaiskolesteroli pitoisuuden tavoite on alle 4.5mmol/l ja LDL-kolesterolin pitoisuus alle 2.5 mmol/l. (Käypä hoito -suositus 2009b.) Verenpaine arvon suositus on alle 130/80 mmHg, tämän ylittävät arvot hoidetaan (Käypä hoito -suositus 2009c).

Diabeteksen hoidossa sovitetaan yhteen ruokavalio, lääkitys ja liikunta. Ruokavaliossa tulisi kiinnittää huomiota rasvan laatuun ja suosia pehmeitä rasvoja. Diabeetikon pitäisi käyttää runsaasti kuituja ja vähän suolaa. Liikunnan säännöllinen harrastaminen on tärkeä osa diabeteksen hoitoa. Liikunta laskee veren glukoosipitoisuutta, alentaa verenpainetta ja vaikuttaa insuliiniherkkyyteen. Hoitoon kuuluu tupakoinnin lopettaminen. Alkoholia käytettäessä tulee muistaa että, se sisältää paljon energiaa. Se voi aiheuttaa hypoglykemioita ja hankaloittaa insuliinihoidon toteuttamista. (Käypä hoito -suositus 2009a.)

T1D:sen hoidossa tärkeintä on korvata puuttuva insuliini, mahdollisimman joustavalla ja oikein suunnitellulla hoidolla. Insuliinihoito aloitetaan T1D:n diagnoosin varmistuttua, yleensä käytetään perus- ja ateriainsuliinia. Hoitomuotona insuliini on joustava, koska insuliinin tarve muuttuu päivittäin. Jatkossa mahdollisuutena on insuliinipumppuhoito jolloin erillisiä pistoksia ei tarvita, koska pumppu annostelee insuliinia ihon alle jatkuvana infuusiona. Aterioilla on mahdollisuus insuliinin lisäannoksiin. (Käypä hoito -suositus 2009a.)

T2D:n hoidossa pääpaino on elintapojen muutoksilla, joihin kuuluu terveellinen ravitsemus, riittävä liikunta ja painonhallinta. Käypä hoito-suosituksen mukaan (2009a) lääkehoidona aloitetaan Metformiini, joka tehostaa elintapamuutosten vaikutusta. Se lisää painonputoamista ja ei aiheuta diabeetikolle hypoglykemioita. Lisäksi voidaan käyttää oraalisia valmisteita

yksilöllisen tarpeen mukaan glitatsoneja, sulfonyyliureoita, meglinitidejä, gliptiinejä ja inkeretiinimimeettejä. Insuliinia käytetään T2D:sen pitkälle kehittyneessä muodossa ja sillä saavutetaan parempi hoitotulos, kuin oraalisella lääkehoidolla. (Käypä hoito -suositus 2009a.) Amerikkalaisen tutkimuksen (2002) mukaan T2D:een hoitoon voidaan vaikuttaa tehokkaasti elintapamuutoksilla sekä Metformiinin käytöllä. Elintapamuutoksilla todettiin olevan vielä tehokkaampi vaikutus kuin Metformiinillä. (Knowler, Barrett-Connor, Fowler, Hamman, Lachin, Walker & Nathan 2002.)

Verensokerin omaseurantaan vaikuttaa sairastettava diabetes tyyppi, käytössä oleva hoitomuoto, hoidontavoite sekä senhetkinen sokeritasapaino. Omamittauksissa paastoarvon tavoite on alle 6 mmol/l ja kaksi tuntia aterian jälkeen alle 8 mmol/l. Omaseurannan tarkoituksena on hyödyntää mittauksista saatu tieto hoidon toteutukseen. Insuliinia käyttävällä diabeetikolla on valmiiksi määriteltynä hoidon tavoitteet ja hänellä on tarvittavat tiedot muuttaa hoitoaan. Hän kykenee annostelevaan insuliinia vaihtelevan tarpeensa mukaan. (Rönnemaa & Lepiniemi 2009, 61.)

Verensokeri mitataan aamulla paastoarvona ja ennen aterioita, jolloin nähdään perusinsuliinin tarve. Aterian jälkeen 1½ tuntia otettu verensokeri kuvaa ateriainsuliinin tarvetta. Diabeetikon on sovellettava insuliini määrää liikunnan, ruokailun ja verensokeriarvojen mukaan. Tabletti hoidossa olevan diabeetikon verensokerin mittaus kerrat määritellään yksilöllisesti, noudatellen samaa kaavaa kuin insuliini diabeetikolla. Diabeetikko käy lisäksi diabeteshoitajan ja lääkärin vastaanotolla. (Mustajoki 2010b.)

Diabeteksen hoidossa tärkeintä on, että diabeetikko oppii itse huolehtimaan omahoidostaan. Omahoitoon sisältyy verensokerin seuranta, terveellisten elintapojen noudattaminen ja lääkitykseen sitoutuminen. Hoidon onnistumisen päävastuu on potilaalla itsellään. Ohjaavalla hoitohenkilökunnalla on vastuu opettaa tarvittavat taidot sekä antaa välineet käyttöön. (Käypä hoito -suositus 2009a; Saraheimo 2009, 10.)

2.3 Diabeteksen ehkäisy

T2D:n ehkäisyssä suurin rooli on elintapamuutoksilla. Niihin sisältyy painon pudottaminen tarpeen vaatiessa, 5-10 prosentin laihtuminen on havaittu tehokkaaksi. Päivittäin rasittavaa liikuntaa tulisi harrastaa vähintään 30 minuuttia. Kovien rasvojen välttäminen, arkikäytössä tulisi suosia maito- ja lihavalmisteista vähärasvaisia ja rasvattomia tuotteita. Pehmeitä rasvoja tulisi käyttää leivällä, leivonnassa, ruoanvalmistuksessa. Salaateissa olisi hyvä käyttää kasviöljypohjaisia kastikkeita. Lisäksi ruokavaliossa tulisi olla runsaasti kuituja, täysjyväviljoja, hedelmiä, marjoja ja kasviksia. Pienistä ja pysyvästä elintapamuutoksista on terveydelle merkittävää hyötyä. Kansainvälisen tutkimuksen mukaan valitsemalla ruokavalioon runsaasti kas-

viksia, hedelmiä, kasviöljyjä ja kuituja sekä kalaa, on sillä todettu olevan suotuisa vaikutus sairauksien ennaltaehkäisyssä. Tutkimuksessa oli käytetty vähän punaista lihaa ja maitotuotteita. (Käypä hoito -suositus 2009a; Sofi, Abbate, Gensini & Casini 2010.)

Elintapojen muutoksessa tulisi huomioida myös riittävä unen saanti sekä lepo. Diabeteksen ehkäisyn yleisiin tavoitteisiin kuuluu myös tupakoinnin lopettaminen ja alkoholin käytön kohtuullisuus. Lääkehoidolla on todettu olevan myös ehkäisevä vaikutus, mutta siinä teho ei ole yhtä merkittävä kuin elintapojen muuttamisella. (Ilanne-Parikka, 2009.)

Suomessa vuonna 2001 tehdyn DPS -tutkimuksen (Diabetes Prevention Study) mukaan selvisi, että tyypin 2 diabetesta voi ehkäistä ravinto- ja liikuntatottumuksia muuttamalla. DPS -ja Diabetes Prevention Program (DPP)- tutkimuksissa saatujen tulosten mukaan elintapamuutoksilla on todettu sairastumisriskin pienentyneen 58 prosenttia henkilöillä, joilla oli heikentynyt glukoosinsietokyky. Tutkimuksessa käy ilmi, että laihdutuksella on keskeinen osa diabeteksen ehkäisyssä. Jo 2-3 kilon painonnousu johtaa kaksinkertaiseen riskiin ylipainoisella henkilöllä sairastua T2D:hen. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että henkilöt jotka saavat riittävästi ohjausta voi heidän omaehtoinen toiminta ehkäistä sairastumisen riskiä. T1D:een sairastumista ei voida tällä hetkellä ehkäistä. (Käypä hoito -suositus 2009a; Loppuraportti, Dehkon 2D-hanke 2003-2007, 17.)

Yhteenvetona T2D:stä voi todeta, sairauden olevan koko elämänmittainen kumppani. Elintason noustessa diabetes lisääntyy, ellei elintapoja muuteta terveellisempään suuntaan. Hoidossa korostuu potilaan oma halua ja motivaatio sairauden ehkäisyssä ja hoidossa. Tulevaisuudessa olisi hyvä puuttua jo aikaisemmin sairauden riskitekijöihin.

Kuva 1 on napahahmosta, joka kuvaa riskiä sairastua T2D:hen. Keskivartalolihavuus lisää sairastumisen riskiä 10-20 kertaiseksi normaalipainoiseen verrattuna. (Mustajoki, 2010c.)



Kuva 1: Napahahmo kuvaa diabetekseen sairastumisen riskiä (Diabetesliitto)

3 Diabeetikon elintapaohjaus

Terveelliset elintavat ovat keskeisiä terveyden edistämisessä ja kansantautien ehkäisyssä. Elintavoilla tarkoitetaan ravitsemusta, liikuntaa, painonhallintaa, tupakointia ja päihteiden käyttöä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008.)

Tutkimuksien mukaan (Alahuhta ym. 2009; Absetz, Hankonen, Yoshida & Valve, 2008) tuloksellisiin elintapojen muutoksiin kuuluu päivittäisen liikunnan lisääminen, kuidun lisääminen ruokavalioon, huomion kiinnittäminen rasvan laatuun ja lisäämällä pehmeän rasvan käyttöä. Edellä mainituilla muutoksilla on vaikutus painonlaskuun. Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskiä voidaan ehkäistä tai sairauden puhkeamista siirtää terveellisillä elintavoilla. (Absetz ym. 2008.)

Käypä hoito -suosituksen (2007a) mukaan voidaan puhua aikuisen lihavuudesta silloin, kun painoindeksi on yli 25. Erityisesti keskivartalolihavuus altistaa tyypin 2 diabetekselle. Tyypin 2 diabetesta voidaan ehkäistä ja hoitaa jo 5-10 prosentin pysyvällä painon pudotuksella. Painonhallinnan riskitekijöitä ovat epäterveelliset ruokailutottumukset ja vähäinen liikunta. Epärealistiset tavoitteet painonpudotuksessa, mahdolliset psyykkiset ongelmat ja sosiaalisen tukiverkoston puuttuminen vaikuttavat negatiivisesti painonhallinnan onnistumiseen. (Alahuhta, Ukkola, Korkiakangas, Jokelainen, Keränen, Kyngäs & Laitinen 2010.)

Tutkimukseen (Alahuhta ym. 2009) osallistuneiden mielestä onnistuneeseen painonhallintaan liittyviä tekijöitä on motivaatio, syyt painonnousuun, vastuu tehdyistä valinnoista ja omat voimavarat. Painon nousuun vaikuttivat monet tekijät mm. työkiireet, elämäntilanteiden muutokset, tupakoinnin lopettaminen, liikunnan vähäisyys sekä epäsäännöllinen ateriarhythmi.

Diabeetikon säännöllisellä ateriarhythmillä tarkoitetaan sitä, että ateriovälit eivät ole liian pitkiä. Hiilihydraattien tulisi jakautua tasaisesti päivän eri aterioille, diabeetikon tarvitsema hiilihydraattien määrä on 45- 60 prosenttia. Se auttaa sovittamaan lääkityksen ja ruoan tasapainoon. Säännöllisellä aterioinnilla voidaan hallita myös ruokamääriä ja painoa. (Heinonen, 2009, 136-137; Virtanen, Aro, Keskinen, Lindström, Rautavaara, Ventola & Virtanen 2008, 5-8.)

Runsaasti kuituja sisältävä ruokavalio auttaa hallitsemaan päivittäistä ja aterian jälkeistä verensokeritasoa. Diabeetikot tarvitsevat enemmän kuitua verrattuna muuhun väestöön, riittävä kuitumäärä diabeetikolla on 40 grammaa päivässä. Ruoka joka sisältää runsaasti rasvoja madaltaa insuliiniherkkyyttä riippumatta mitä rasvaa käyttää. Rasvan suositus päivässä on 25-35 prosenttia. Proteiinin käyttö suosituksena on 10-20 prosenttia. Liiallinen natriumin käyttö altistaa diabeteksen lisäsairauksien riskiä, koska se nostaa verenpainetta. Suolaa voi käyttää alle 6 grammaa päivässä. (Virtanen ym. 2008, 8-11.)

Säännöllinen liikunta ylläpitää terveyttä. Nykyään suositellaan vähintään 30 minuuttia reipasta liikkumista päivittäin. DPS- tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan kävelyn lisääminen päivittäin pienensi riskiä sairastua diabetekseen. Sillä saadaan riittävä vaikutus painonhallintaan ja se vaikuttaa insuliiniherkkyyteen. Liikunnan merkitys on ratkaiseva diabeteksen ehkäisyssä sekä elintapamuutoksissa. Liikunta vaikuttaa verenpaineeseen, valtimoiden toimintaan ja rasvojen aineenvaihduntaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009b; Laaksonen 2004.)

Alkoholi vaikuttaa diabeetikon verensokeri arvoihin sekä lihottaa runsas energisyytensä taika. Varsinkin tupakointi altistaa diabeetikkoa sydän- ja verisuonisairauksille sen verisuonia supistavan vaikutuksen takia. Tupakoinnin lopettaminen voi aiheuttaa painonnousua noin 60 prosenttia, silti lopettaminen on terveydelle suotuisampi, vaikka se osalla aiheuttaa painonnousua. Lopettamispäätöksen jälkeen liikunnan ja ravitsemuksen merkitys elintavoissa korostuu. (Ilanne-Parikka 2009, 206-209.)

Elintapaohjauksen perusajatuksena voidaan pitää potilaslähtöisyyttä, joka perustuu ihmisarvon kunnioittamiseen ja yksilölliseen välittämiseen. Ohjauksessa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä esimerkiksi ryhmä- ja yksilöohjausta. Diabeteksen ohjauksessa ja ehkäisyssä keskeistä ovat terveelliset elintavat. Diabeetikon itsensä tunteminen sekä kyky päättää asioista ovat tärkeässä osassa elintapojen muuttuessa. Elintapaohjauksessa on tärkeää painottaa konkreettisiin muutoksiin ja tavoitteisiin. Diabeetikkoa tulisi kannustaa positiivisesti ja korostaa hänen omia voimavaroja. (Dehko 2003; Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen 2011, 52; Poskiparta 2008, 81-83.)

Absetzin (2009) mukaan elintapaohjausta voidaan tehostaa tavoitteellisella toimintamallilla. Mallin mukaan työskennellään ryhmässä, jossa jokainen asettaa itselleen omaan elämään sopivat tavoitteet, omien arvojensa pohjalta. Ryhmässä toimiminen on suunniteltua ja jokaisella ryhmäntapaamisella on selkeä tarkoitus muutoksessa. Muutoksen seuranta ja sen arviointi auttaa pääsemään päätavoitteeseen.

Elintapoihin liittyvät muutokset ovat ohjauksessa suurimpana haasteena. Potilaalla ja hoitajalla voi olla erilaiset odotukset ja käsitykset ohjaustilanteista, niistä keskusteleminen auttaa ohjausta merkittävästi. Ohjauksen täytyy tukea potilaan oppimistyytlejä ja miten potilas omaksuu hänelle ohjatut asiat. (Kyngäs 2008, 30-37.)

Omaksuttaessa uusia elintapoja on tarkoituksena käyttäytymisen muuttaminen jokapäiväisissä valinnoissa. Elintapaohjauksessa on tarkoitus antaa terveyskäyttäytymiseen liittyvää teoria-tietoa, jolloin potilas voi omaksua uuden mallin elämäänsä. Ohjausta voidaan antaa lautasmallin avulla, joka helpottaa aterian suunnittelua (kuva 2). Elintapamuutosten toteuttaminen ei ole sidoksissa tiedon määrään tai paikkansa pitävyyteen. Muutosten toteuttaminen edellyttää diabeetikolta tiedon sisäistämistä ja ymmärtämistä. Elintapojen muutoksella diabeetikon

pitää sisäistää ajattelun muutos omiin tapoihin ja tottumuksiin. (Absetz ym. 2008, 10; Etu-Seppälä, Ilanne-Parikka, Haapa, Marttila, Korkee & Sampo 2003, 71.)



Kuva 2: Lautasmalli kuvaa suositusten mukaista ateriaa (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2009a)

3.1 Muutoksen tekeminen

Muutosvaihemalli on transteoreettinen malli jossa on seitsemän erivaihetta, joka alkaa esiharkintavaiheesta päättyen päätösvaiheeseen. Hoitajan tulisi olla tietoinen muutosvaihemallin eri vaiheista, jotka liittyvät elintapamuutoksiin. Eri vaiheet ilmenevät potilailla yksilöllisesti, jolloin potilaan ohjaussuunnitelma rakennetaan heidän tarpeiden mukaan. Ohjaus suunnitellaan potilaan taustatekijät huomioiden koska se vaikuttaa hoidon onnistumiseen. Taustatekijät voidaan määritellä fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä ympäristön vaikutuksiin. Ennen ohjauksen aloitusta kartoitetaan potilaan motivaatio ja omat tavoitteet diabeteksen hoidossa. Diabeetikko miettii muutoksen hyötyjä ja haittoja. Muutoksen tiedostaminen ei riitä motivoitumiseen ellei muutoksella päästä diabeetikon omiin tavoitteisiin. (Alahuhta ym. 2009; Kyngäs 2008, 30; Poskiparta 2008, 87.)

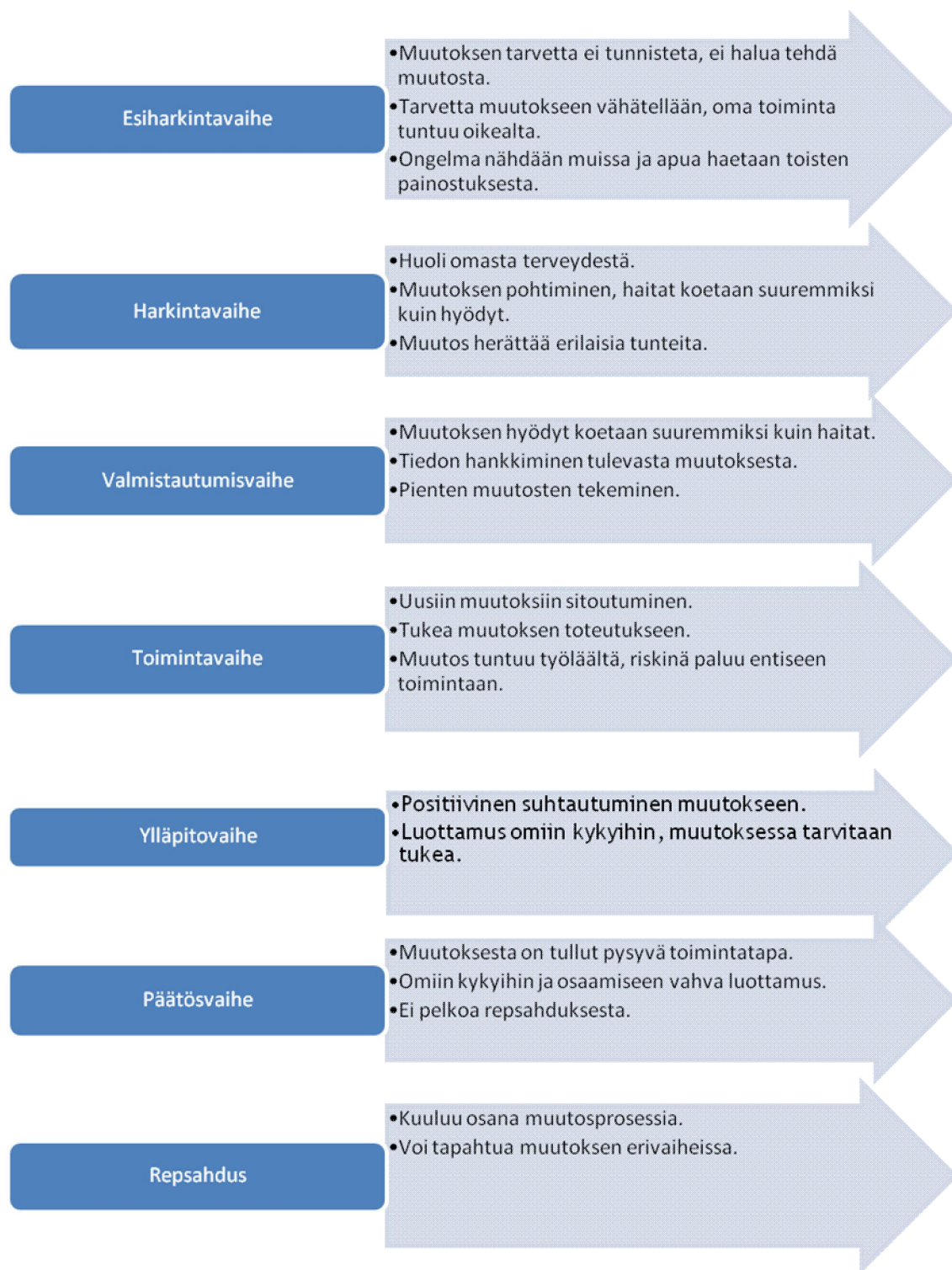
Esiharkintavaiheessa potilas ei tiedosta muutoksen tarvetta, eikä halua myöntää sitä itselleen. Hoitoon hakeudutaan yleensä muiden painostuksesta. Harkintavaiheessa, potilas tiedostaa ja myöntää terveysongelmansa. Potilas kokee vielä muutokseen liittyvät haitat hyötyjä suuremmiksi. Muutoksen tekemiseen liittyy ristiriitaisia ajatuksia ja tunteita. Potilas miettii ja pohtii tarvittavaa muutosta. (Alahuhta ym. 2009; Turku 2007, 55-56.)

Valmistautumisvaiheessa potilas alkaa tiedostaa muutoksesta saadut hyödyt suuremmiksi kuin haitat. Muutos toteutetaan lähiviikkojen aikana, kun potilas on miettinyt itselleen sopivan vaihtoehdon. Potilas on kiinnostunut muiden kokemuksista sekä mielipiteistä muutosta tehtäessä. (Alahuhta ym. 2010, 2009; Turku 2007, 57.)

Toimintavaiheessa potilas siirtyy puheen ja suunnittelun asteelta muutoksessaan toimintaan sekä tekoihin. Potilas on sitoutunut uusiin toimintatapoihin ja hän hakee tukea muutoksen toteutukseen. Potilaalla on kuitenkin vaarana paluu entisiin tapoihinsa, koska uusi toiminta

koetaan vielä raskaana. Repsahdusvaihe on osa muutosprosessia, se voi ajoittua mihin muutostavaiheen osaan tahansa. Silloin potilas voi joko luopua yrityksestä kokonaan tai pitää sitä osana muutosta. Ylläpitovaiheessa uusi toiminta on kestänyt noin puoli vuotta, silloin potilas on jo itsevarmempi ja luottavaisempi omiin kykyihin muutoksessa. Päätösvaiheessa muutoksesta on tullut pysyvä osa elintapoja, silloin ei ole pelkoa repsahduksista tai entiseen paluuhun. Potilas on sisäistänyt muutoksen vaikutukset omaan terveyteen. (Alahuhta ym. 2009; Turku 2007, 58.)

Kuviossa 1 on kuvattu transteoreettisen muutosvaihemallin erivaiheet. Kuvio alkaa esiharkintavaiheesta edeten päätösvaiheeseen. Repsahdusvaiheita esiintyy muutoksen edetessä. Muutosvaihe toteutuu diabeetikoilla yksilöllisesti.



Kuvio 1: Transteoreettinen muutosvaihemallin vaiheet (Alahuhta ym. 2009)

3.2 Motivaation rakentaminen

Suunniteltaessa muutosta voivat potilaan ja hoitajan ajatukset erota. Hoitajan tulee antaa potilaan kokeilla hänen omaa valitsemaansa vaihtoehtoa. Mahdollisen epäonnistuneen kokemuksen jälkeen voidaan yhdessä miettiä sopivampaa keinoa muutoksen toteuttamiseen. Potilaan muutoksen kannalta on hänen opittava arvioimaan omaa toimintaa. (Poskiparta 2008, 93-98.)

Ohjattavan kanssa tulee pyrkiä luottamukselliseen ilmapiiriin. Keskeistä on ohjattavan itsemääräämisen tunteen vahvistaminen motivaatioin tukemisessa. Hänelle annetaan mahdollisuus tuoda omat näkemyksensä esille sekä antaa mahdollisuus kysymyksille ja keskeytyksille. Ohjattava on motivoitunut silloin, kun hänellä on jokin tavoite tai päämäärä minkä voi saavuttaa. (Turku 2007, 33-34; 2008, 93.)

Elintapojen muutosten ohjauksessa voidaan käyttää potilaan kanssa motivoivaa lähestymistapaa. Motivaation kehittymiseen ja hoitoon sitoutumiseen voidaan vaikuttaa eritavoin. Näitä tapoja ovat avoimien kysymyksien esittäminen, potilaan heijastava kuunteleminen, positiivisen palautteen antaminen, yhteenvetojen tekeminen ja kannustaminen. (Poskiparta 2008, 93-98.)

Hoitaja yhdessä potilaan kanssa tekee keskustelusta yhteenvetoja. Yhteenvetoja tehdään keskustelun aikana ja sen loputtua. Yhteenvedon positiivinen vaikutus on, että potilas näkee oman tilanteensa ulkopuolisen silmin. Potilaan puheista voidaan poimia hänen halunsa sitoutua elintapamuutokseen. Puheiden muuttuessa positiivisemmiksi voidaan tunnistaa potilaan halu ja kyky muuttaa elintapojaan. Hoitajan tulee kiinnittää huomiota siihen miten hän antaa potilaalle tietoja ja neuvoja elintapojen muutoksista. Annettaessa potilaalle tietoa tarvittavista muutoksista tulisi painottaa ohjeiden olevan osa hänen sairautensa hoitoa. Vakuuttavat ohjeet ovat osa potilaan omia elintapoja ja niissä otetaan huomioon ympäristön vaikutus potilaaseen. Ohjeet voidaan antaa erilaisina vaihtoehtoina, joista potilas valitsee itselleen parhaiten sopivan vaihtoehdon. (Poskiparta 2008, 93-98.)

4 Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus

Tutkimuksen tavoitteena on diabeetikoiden elintapaohjauksen kehittäminen. Tarkoituksena on kuvata diabeetikoiden saamaa elintapaohjausta. Aihe alueemme ovat ravitsemus, liikunta, painonhallinta, alkoholi ja tupakointi sekä muutosvaiheen toteutus ja siihen liittyvät haasteet. Lisäksi selvitämme elintapaohjauksen riittävyyttä diabeetikolle.

Tutkimuksessa etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Minkälaista ohjausta diabeetikot olivat saaneet terveellisistä elintavoista?

- Miten diabeetikoiden elintavat muuttuivat ohjauksen jälkeen?
- Minkälaista elintapaohjausta diabeetikot kaipaivat enemmän?
- Miten diabeetikot kokivat elintapamuutosten toteutumisen?

5 Tutkimuksen toteuttaminen

Opinnäytetyötä aloimme tehdä helmikuussa 2010. Keväällä 2010 perehdyimme teorian tietoon ja keskeisiin käsitteisiin. Elokuussa 2010 valmistui opinnäytetyön alustava suunnitelma. Syksyllä syvennyimme jo olemassa oleviin kyselylomakkeiden vastauksiin. Näistä saimme teemat tuleville haastatteluille. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin marraskuussa 2010. Suunnitelman hyväksymisen jälkeen teimme haastattelulomakkeen sekä valitsimme haasteltavat. Haastattelut toteutettiin nopealla aikataululla marraskuussa 2010. Saadut tulokset analysoidiin alkuvuodesta 2011. Opinnäytetyö jätettiin arvioitavaksi toukokuussa 2011.

5.1 Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi

Opinnäytetyömme on laadullinen ja tutkielmatyyppinen. Valitsimme laadullisen tutkimusmenetelmän koska, Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaraan (2007, 161-164) mukaan laadullisessa tutkimuksessa kohdejoukko on valittu tarkoituksenmukaisesti, siinä kerätään tietoa henkilöltä itseltään. Laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena löytää kerätystä tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Laadullisen tutkimuksen perusprosessi on saadun aineiston sisällön analyysi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.)

Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan tutkittavaa ilmiötä kokonaisvaltaisesti. Laadullisesta tutkimuksesta todetaan, että sen on tarkoitus löytää kokemuksia ja tunteita. Siinä ei keskitytä olemassa olevaan faktatietoon. Laadullisen tutkimuksen perusteena on tutkittujen havaintojen teoriapitoisuus. Sillä tarkoitetaan, millainen on yksilön omakäsitys ilmiöstä ja minkälaisia merkityksiä ilmiölle annetaan. Edellä mainitut asiat vaikuttavat tutkimuksesta saatuihin tuloksiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 156-157; Tuomi & Sarajärvi 2009, 20.)

Laadullisessa tutkimuksessa tiedon keruussa käytetään ensisijaisesti ihmisten kanssa käytyjä keskusteluja. Siinä tutkija käyttää omaa havainnointi kykyään tutkittavasta, apuvälineenä voidaan käyttää esimerkiksi puolistrukturoitua kyselylomaketta. Laadullisessa tutkimuksessa tuloksia tarkastellaan yksityiskohtaisesti eikä lähtökohtana silloin ole teoriaan pohjautuminen. Suositeltavia menetelmiä tutkittavassa asiassa on esimerkiksi teemahaastattelut. Haastatteluissa tutkittava näkökulma ja haasteltavan omat ajatukset pääsevät esiin. Tutkimuksessa tutkittavat valitaan tarkoituksen mukaisesti, tutkimusta toteutetaan joustavasti jolloin suunnitelmia voidaan muuttaa tarvittaessa. Tutkimuksesta saatua aineistoa käsitellään ja tutkitaan ainutlaatuisena. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysi menetelmä, mitä voidaan hyödyntää kaikessa laadullisessa tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittava aihe on rajattava tarkoin. Rajatusta aihealueesta kerrotaan perusteellisesti kaikki tarvittava tieto. Aineistosta etsitään tietyt teemat, jotka liittyvät valittuun tutkittavaan aiheeseen. Aineiston keruun tapahtuessa teemahaastatteluilla on aineiston käsitteleminen ja jäsentely helpompaa, koska haastattelu on keskitetty teeman ympärille. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-93.)

Laadullisessa tutkimuksessa tulokset esitetään teemoittain. Teemoissa kuvataan saadut vastaukset yksityiskohtaisesti ja pelkistetyksi. Suoria lainauksia voidaan käyttää esimerkkinä aineistosta. Lainauksilla saadaan tuloksiin luotettavuutta ja lukijalle selkiytyy aineiston alkupe-
rä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.)

5.2 Tutkimuksen eteneminen

Lohjan Laurean sairaanhoitajaopiskelijat lähettivät Lohjan seudun diabetesyhdistyksen jäsenille kirjallisen kyselyn keväällä 2010. Kyselylomakkeita palautettiin 322 kappaletta. Kysymyslomakkeessa on selvitetty yhteys diabetekseen, taustatiedot, taudin muoto, taudin hoito, saama ohjaus sekä halukkuus henkilökohtaiseen haastatteluun. Kyselyssä selvitettiin heidän kokemuksiaan saamastaan hoidon ohjauksesta. Vastauksista nousi esille elintapoihin liittyvät teemat, joista diabeetikot olisivat kaivanneet enemmän tukea ja ohjausta. Haastateltavat valittiin edellä mainittuun kyselyyn vastanneista diabeetikoista. Haastatteluilla kerättiin tietoa elintapaohjauksen eri osa-alueilta, joita olivat ravitsemus, liikunta, painonhallinta, tupakointi sekä alkoholin käyttö.

Aineisto kerättiin ajalla 8.11.-16.11.2010. Haastatteluja tehtiin 19 henkilölle ja yhdelle lähetettiin haastattelulomake sähköpostilla. Aineistoa saatiin 20 henkilöltä. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Haastateltavat olivat Lohjan seudun diabetesyhdistyksen jäseniä. Haastatteluissa selvitettiin diabeetikon saamaa elintapaohjausta sekä elintavoissa tapahtuneita muutoksia. Haastattelu on joustava tiedonkeruumenetelmä, jossa haastateltava otetaan yksilöllisesti huomioon. (Hirsjärvi ym. 2007, 200.) Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan haastattelu on yksi yleisimpiä aineistonkeruun muotoja laadullisessa tutkimuksessa.

Haastateltaviin otettiin yhteyttä puhelimitse. Heille kerrottiin haastattelun tarkoitus ja heiltä kysyttiin halukkuus osallistua haastatteluihin. Heidän kanssaan sovittiin henkilökohtainen haastattelu-aika. Haastattelu aikataulu oli suunniteltu ennakoon ja haastateltaville ehdotettiin erivaihtoehtoja. Tutkimukseen haastateltavat osallistuvat vapaaehtoisesti. Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan haastatteluja sovittaessa henkilökohtaisesti siitä harvoin kieltäydytään. Yhteydenotossa jokainen suostui haastatteluun, 19 henkilön kanssa sovimme henkilökohtaisen haastatteluajan ja yhdelle lähetimme kyselylomakkeen sähköpostitse pitkän väli-

matkan vuoksi. Haastattelut toteutettiin haastateltavalle parhaiten sopivassa paikassa, niitä tehtiin haastateltavan kotona sekä Lohjan Laurean tiloissa. Haastattelut tallennettiin haastattelutilanteessa sähköiselle Digium-lomakkeelle. Haastattelulomake (liite 1) eteni teemoittain. Haastattelussa työnjakona vuorottelimme haastattelijan ja kirjaajan osia. Haastattelijasta pystyi keskittymään oleellisen tiedon saamiseen ja esittämään tarvittavia lisäkysymyksiä. Aineistoon kirjattiin vain vastaus kysymyksiin. Aineistoa kertyi haastatteluista 25 sivua.

5.3 Haastattelu

Haastattelulla tarkoitetaan henkilökohtaista tiedon keruuta, kielellisen vuorovaikutuksen avulla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74). Kvalitatiivisen tutkimuksen päämenetelmänä on yleisesti käytetty haastattelua (Hirsjärvi ym. 2007, 200).

Haastateltavat olivat alle 60 vuotiaita. Heidät valitsimme kohderyhmäksi, koska heillä elintapamuutokset ovat ajankohtaisia. Dehkon 2D-hankkeen ehkäisyohjelman loppuraportin (2003-2007, 139) mukaan löydettiin useita henkilöitä, joilla oli diabetes tai heikentynyt sokerinsieto. He olivat keski-ikäisiä henkilöitä joilla oli ylipainoa ja keskivartalolihavuutta. Sairastuneet ohjattiin jatkohoitoon ja heillä tehostettiin elintapaohjausta. Useammassa käyttämässämme tutkimuksessa on tutkittavien keski-ikä ollut noin 40 - 60 vuotta.

Haastattelutilanne voi olla joillekin haastateltaville outo ja uusi tilanne. Tämän johdosta voi olla haastateltavan vaikea puhua luontevasti. Haastattelijalla on olemuksellaan tilanteesta luontevan ja avoimen. (Vuorela 2005.) Haastattelun aluksi kerroimme tutkimuksen tarkoitusta ja taustaa. Haastattelu tilanne luotiin luontevaksi vuoropuheluksi. Kysymykset voidaan esittää haastattelijan parhaaksi katsomassa järjestyksessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Haastattelun tarkoituksena on saada mahdollisimman paljon tietoa kyseisestä asiasta. Etuna haastatteluille on myös haastateltavan havainnointi haastattelu tilanteesta. Tärkeää on huomioida, kuinka haastateltava ilmaisee asian. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.)

Haasteena voi olla itse haastattelijasta. Haastattelijalla on iso rooli, siksi vaaditaan taitoa olla puolueeton, eikä hän saisi antaa omien mielipiteiden vaikuttaa tilanteeseen. Haastateltavalta tulee selvittää, että hän ymmärtää käytettävät käsitteet. Kysymyksen voi ymmärtää väärin ja silloin haastattelijasta ei voi luottaa kaikkiin saamiinsa vastauksiin. (Vuorela 2005.)

Haastattelutilanteesta esitettiin tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä ja joitain käytettyjä käsitteitä avattiin haastateltavalle. Muutamille haastateltaville vieraita käsitteitä olivat pehmeät rasvat ja päivittäinen suolankäytön suositus. Haastattelu on aikaa vievä tutkimusmenetelmä. Työläimmät vaiheet ovat suunnittelu ja tulosten analysointi. Aikaa vie eniten avoimista kysymyksistä saadun tiedon analysointi. Saatujen tulosten analysointi, tulkinta ja

raportointi ovat vaikeaa, koska niihin ei ole valmista mallia. (Vuorela 2005.) Haastattelut kestivät noin tunnin ajan.

5.4 Eettisyys

Työlle on saatu tutkimuslupa Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hankkeen myötä, erillistä tutkimuslupaa ei tarvittu opinnäytetyölle. Haastatteluissa saatuihin vastauksiin ei liitetty vastaajan nimeä. Heidän henkilöllisyys ei paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimuksessa huomioimme yksityisyyden suojan. Haastateltavien itsemääräämisoikeutta ja vapaaehtoisuutta kunnioitetaan. Heille annettiin mahdollisuus kertoa asioista omin sanoin. Heillä oli oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen koko prosessin ajan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177.) Haastateltavilla oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä tutkimuksesta. Prosessin aikana henkilötietoja sisältävä materiaali säilytetään huolellisesti, niin ettei se joudu ulkopuolisten haltuun. Haastatteluista saatu aineisto toimitetaan Laurean ammattikorkeakoululle tutkimuksen valmistuttua.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet velvoittavat sairaanhoitajaa toimimaan terveyttä edistäen ja ylläpitäen sekä sairauksia ehkäisten. Sairaanhoitaja antaa kansalaisille tarvittavaa tietoa terveyden ylläpitämiseksi ja antaa tukea sekä ohjausta hoitaa terveyttään. (Sairaanhoitajan eettiset arvot 1996.) Tutkimuksesta saadulla tiedolla voidaan kehittää diabeetikoiden hoitoa ja antaa heille tarvittavaa tietoa omahoitoon. Tutkijana olemme prosessissa noudattaneet ammatillisia arvoja ja periaatteita. Tutkittavia on kohdeltu kunnioittaen ja yksilöllisesti, erityisesti koska haastattelut on toteutettu tutkittavan kotona.

6 Tutkimustulokset

6.1 Haastateltavien taustatiedot

Kysymyslomakkeessa ei kysytty haastateltavien taustatietoja, koska tutkimuksessa oli tarkoitus kuvata kokemuksia elintapaohjauksesta. Diabeetikot saavat taustoista riippumatta ohjausta elintapaohjauksesta. (Etu-Seppälä ym. 2003, 84-85.) Diabeetikot olivat iältään alle 60 -vuotiaita. Haastateltavat valittiin aikaisemmin kerätystä aineistosta, henkilöistä jotka olivat lupautuneet henkilökohtaiseen haastatteluun. Haastateltavat olivat miehiä sekä naisia. Heillä oli T1D tai T2D, tautiin sairastumisen ajankohta vaihteli haastateltavilla. Ohjausta oli saatu sairauden erivaiheissa. Kaikki haastateltavat olivat Lohjan seudun diabetesyhdistyksen jäseniä.

6.2 Diabeetikoiden saama ohjaus terveellisistä elintavoista

Diabeetikot olivat saaneet ohjausta diabeteshoitajalta, ravitsemusterapeutilta ja lääkäriltä sekä työterveyshoitajalta. Ohjausta oli annettu terveyskeskuksissa ja yksityisillä sektoreilla työterveyshuolloissa. Ohjauksessa asiat käytiin läpi suullisesti sekä ohjeet annettiin kirjallisenä materiaalina. Diabetesliiton julkaisuista oli saatu ajankohtaista ja uusinta tietoa elintavoista. Diabeetikot etsivät myös itse tietoa muuttuvista suosituksista lehdistä ja Internetistä.

V14. Alkuun olisi tarvinnut diabeteshoitajan ohjausta. Nyt Lohjalla on saanut hyvää ohjausta ja kannustusta. Ravitsemusterapeutti samoin kannustaa ja neuvoa. Voi kysyä apua jos on epävarmana onko toiminut oikein.

V5. Aluksi olin sairaalassa viikon verran ja siellä kävin diabeteshoitajan kanssa asiat läpi. Uudelleen asiat käytiin läpi myös avovaimon kanssa kotiin päästessä, lautasmalli, ateriarytmi, sallitut ruoka-aineet ja vältettävät.

Terveellisestä ravitsemuksesta kahdestakymmenestä vastaajasta kolmesta oli saanut ohjausta. Ohjausta oli annettu lautasmallin avulla. Terveellinen lautasmalli sisältää paljon kasviksia ja pitkäkestoisia hiilihydraatteja. Diabeetikot pyrkivät välttämään rasvaista ruokaa. Diabeetikoista kolmesta koki noudattavansa säännöllistä ateriarytmiä ja seitsemän vastaajan mielestä ateriarytmi ei ollut säännöllinen. Säännöllisen ateriarytmin tärkeys oli jo diabeetikoilla tiedossa. Vastaajat olivat saaneet ohjausta ateriakokojen pienentämiseen ja terveellisten tuotteiden valintaan.

Ohjausta oli annettu liikunnasta osana diabeteksen hoitoa. Seitsemän vastaajaa oli saanut ohjausta liikunnan tärkeydestä osana terveellisiä elintapoja, mutta siitä ei saatu kaivattua hyötyä. Ohjauksesta ei saatu uutta tietoa liikunnan harrastamiseen. Säännöllinen liikunta kuului jo osalle diabeetikoista jokapäiväiseen arkeen.

Painonhallintaan ohjausta oli saanut kymmenen diabeetikkoa, kymmenen ei ollut saanut tai tarvinnut ohjausta. Ohjauksessa painotettiin liikunnan osuutta painonhallinnassa. Osa vastaajista oli itse tiedostanut tarpeen painon pudottamiseen ja hankkinut itse tietoa sekä neuvoja laihduttamisesta. Diabetesliiton kirjallista materiaalia keuhuttiin hyväksi tueksi painonhallinnassa.

V11. Olen laihtunut 10-15 kg. Ateriakokoja pienentämällä, leivän määrää vähentämällä, säännöllisillä ruoka-ajoilla, terveellisillä vaihtoehdoilla, täysjyvä tuotteita ja jogurttia. Nyt työpaikka on vaihtunut ja ateriointi hankaloitunut.

Tietoa oli saatu tupakoinnin vaaroista ja vaikutuksesta diabetekseen. Tutkimuksen diabeetikoilla tupakointi ja alkoholin käyttö oli hyvin vähäistä. Molempien haittavaikutukset diabeteksen hoitoon tiedostettiin ja ohjaus oli tukenut päihteettömyyttä.

6.3 Elintapojen muutokset ohjauksen jälkeen

Diabeetikot olivat lisänneet kasvien ja vihannesten käyttöä monipuolistamalla kuidun saantia. Hiilihydraattien määrää oli vähentynyt ja käytettäviin hiilihydraatteihin kiinnitettiin huomiota paremmin. Pulla ja vaalea leipä oli jätetty pois sekä hiilihydraattien laskeminen kuului arkeen. Ruokavalio oli keventynyt, ateriarytmi muuttunut säännöllisemmäksi ja ruokannosten koko oli pienentynyt. Suolan ja rasvan käyttöä oli vähennetty. Elintarvikkeiden valintaan kiinnitetään enemmän huomiota, kalan ja kanan käyttö oli lisääntynyt. Edellä mainittujen muutosten avulla osa diabeetikoista oli pudottanut painoa.

V1. Valitsen kevyitä vaihtoehtoja ruokailuissa. Käytän kalaa ja kanaa, punaisen lihan käyttö jäänyt vähemmälle. Leivän päälle laitan vähemmän päällisiä aikaisempaan verrattuna.

V8. Omaa itseä ja terveyttä pitää ajatella ja tehdä muutoksia itsensä vuoksi.

Säännöllistä liikuntaa oli lisätty ohjauksen jälkeen. Liikunta koettiin tärkeäksi osaksi diabeteksen hoitoa. Suurin osa vastaajista kertoi liikkuvansa 2-4 kertaa viikossa. Jokainen kertoi liikkuvansa ainakin kerran viikossa. Diabeetikoista kaksitoista kertoi liikkuvansa riittävän tehokkaasti hengästyen ja hikoillen. Osa vastaajista ei voinut harrastaa riittävän tehokasta liikuntaa, koska terveydelliset syyt vaikuttivat siihen. Diabeetikot eivät kokeneet hyötyliikunnan olevan samanlaista liikuntaa, kuin esimerkiksi kävelylenkit. Tästä syystä suositusten mukaiseen määrään kaikki diabeetikot eivät päässeet.

Elintapamuutosten toteuttaminen oli helpompaa, kun elämänrytmi muuttui säännöllisemmäksi. Useampi vastaaja oli lopettanut tupakoinnin lääkkeiden avulla. Vastaajat kertoivat tupakoinnin lopettamiseen vaikuttavan oman motivaation puutteen ja haluttomuuden. Tupakoinnin lopettaminen oli osa elintapamuutosta.

V5. Diabeteshoitaja kertoi tupakan vaaroista, diabeetikolla on 50ertainen riski saada infarkti, verrattuna terveeseen tupakoijaan. Olen yrittänyt lopettaa tupakoinnin tablettien avulla. Lääkkeiden aikana ei tehnyt tupakkaa mieli, mutta heti lääkkeiden loputtua aloin uudelleen tupakoimaan.

6.4 Diabeetikoiden elintapaohjauksen tarve

Enemmän olisi kaivattu ohjausta ravitsemuksesta. Seitsemän vastaajaa ei ollut saanut ohjausta ravitsemuksesta. Osa vastaajista kertoi itsellään olleen jo riittävästi tietoa terveellisestä ravitsemuksesta. Muutama kertoi itse olevansa aktiivinen hakemaan tietoa muuttuvista suosituksista. Ohjauksen olisi toivottu olevan konkreettisempaa, kertoen mitä saa syödä ja mitä tulisi välttää. Ravitsemusterapeutilta olisi kaivattu luentoa, jossa olisi käsitelty esimerkiksi hiilihydraattien vaikutusta verensokeriin.

V10. Konkreettisesti mitä syö ja kuinka paljon. Muutenkin konkreettisia neuvoja, mitä pitää tehdä. Kuinka usein pitää mitata verensokeria? Vertaistuki olisi ollut hyvä alussa, sairaus tuli yhtäkkiä yllättäen, eikä voinut uskoa että itse sairastuu.

V20. Ravinnosta, siten että, sen ymmärtää. Ei riitä pelkästään, että vaihtaa jogurtin merkkiä vaan tarvitsen konkreettisia neuvoja. Ravitsemukseen tarvitsisin ohjausta.

Suurin osa vastaajista koki, ettei ollut saanut ohjausta liikunnasta. Diabeetikot kokivat tarvitsevänsä lisää konkreettista ohjausta liikunnan harrastamisesta, lähinnä soveltuvista lajeista. Painonhallintaan ohjausta oli saatu niukasti ja siihen olisi kaivattu tukea ja neuvoja enemmän.

V9. Pitää pudottaa painoa, en saanut ohjausta.

Kuviossa 2 on kuvattu saatua elintapaohjausta sisällönanalyysin mukaan. Aineistosta kerättiin alkuperäisilmaisuja, jotka jaoteltiin eri kategorioihin. Diabeetikoiden ilmaiset on ryhmitelty ravitsemukseen, liikuntaan ja painonhallintaan. Ilmaisista ilmenee saatu ohjaus sekä ohjauksen puute.



Kuvio 2: Yhteenvedo elintapaohjauksen teemoista

6.5 Elintapamuutosten toteuttaminen muutosvaihemallin mukaan

Elintapamuutosten toteuttamisen sai aikaan sairastuminen diabetekseen sekä huoli omasta terveydestä. Esille nousi oman terveyden arvostaminen sekä huoli siitä mitä tulevaisuudessa on edessä, jos muutoksia ei tee. Muutoksen tekeminen on ollut helpompaa, kun on itse sisäistänyt tarpeen muutokselle. Osa vastaajista oli itse tiedostanut tarpeen painon pudottamiseen ja hankkinut itse tietoa sekä neuvoja laihduttamisesta.

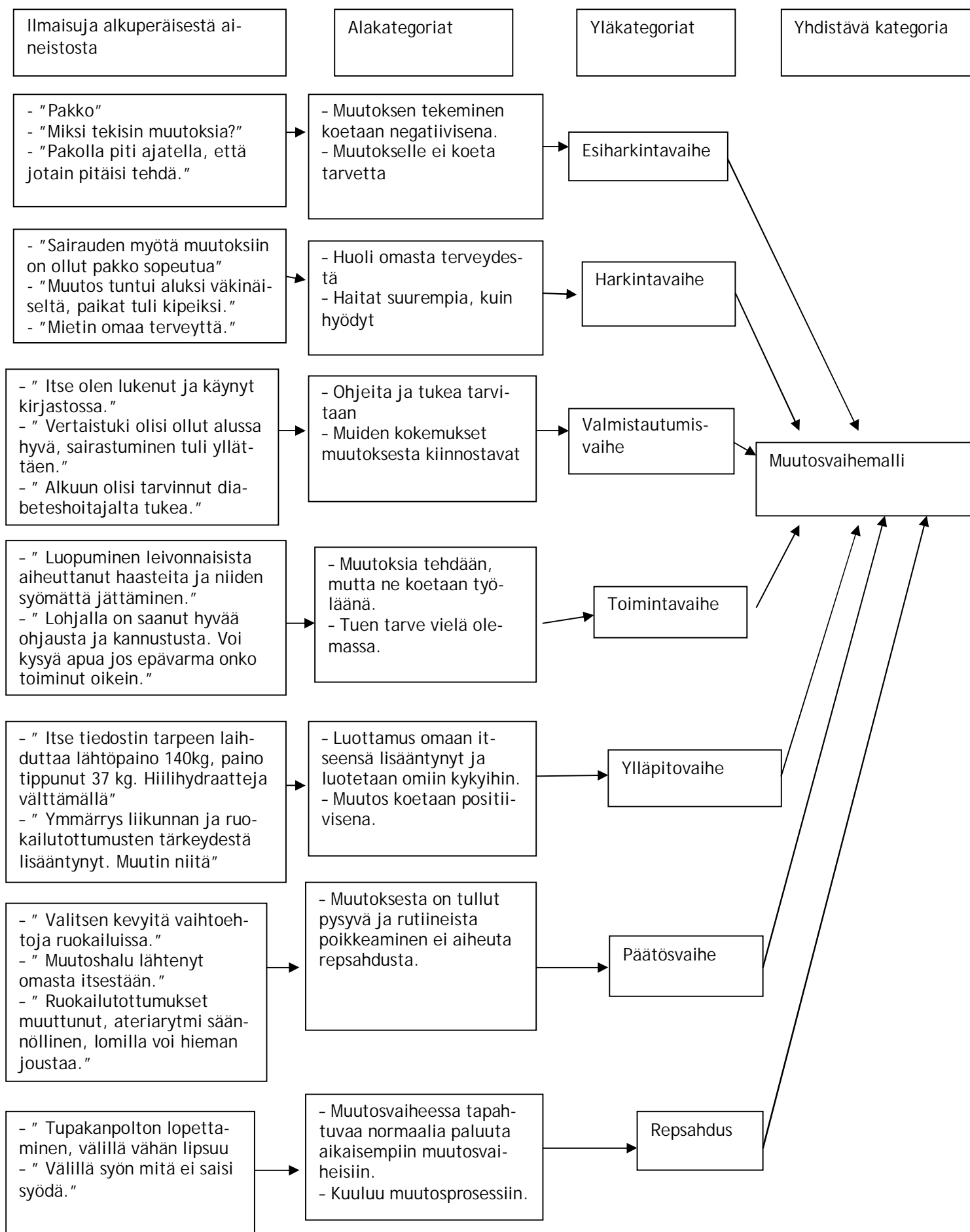
V2. Muutoksia oli helppo tehdä, kun olin itse sisäistänyt tarvittavan muutoksen. Sairauteen oli sopeuduttava.

V11. Ymmärrys liikunnan tärkeydestä on lisääntynyt. Ruokailutottumukset ovat muuttuneet, kun ymmärrys niiden tarpeesta on lisääntynyt.

Muutoksen tekeminen koettiin osaksi pakkona ja esille nousi myös ajatus, "Miksi tekisin muutoksia?". Vastaajat kertoivat tupakoinnin lopettamiseen vaikuttavan oman motivaation puutteen ja haluttomuuden. Ruokailutottumusten muuttamiseen liittyi haasteita, ne olivat lähinnä mielitekoja makeisiin leivonnaisiin. Muutoksen tekeminen näkyi konkreettisina tuloksina esimerkiksi verensokeri arvojen parantuessa. Positiiviset tulokset kannustivat diabeetikoita jatkamaan terveellisten elintapojen noudattamista. Muutoksia oli helpompi toteuttaa perheen sekä terveydenhuollon henkilöstön tuella.

V6. Ruokailutottumusten muuttaminen oli vaikeaa. Ennen teki mieli, ei enää, rasvaisesta ruoasta tulee nykyään huono olo.

Kuviossa 3 on diabeetikoiden muutosvaihemallin eteneminen havainnollistettu. Aineistosta on poimittu alkuperäisilmaisuja kuvaamaan muutosvaihemallin toteutumista ja sen erivaiheita. Aineisto on luokiteltu eri kategorioihin, yhdistävä kategoria on muutosvaihemalli.



Kuvio 3: Muutosvaihemalliin kerätyt tulokset

7 Pohdinta

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Haastattelussa ei kysytty diabeetikoiden taustatietoja, koska pääpaino oli saadussa elintapaohjauksessa. Tutkimuksessa ei koettu tarpeellisenä selvittää ikää, sukupuolta tai sairastettavan taudin muotoa. Tutkittavat antoivat elintavoistaan terveellisen ja positiivisen kuvan. Tutkijoina kiinnitimme huomioita, että joissakin tapauksissa vastaukset olivat kenties liian positiivisia. Keski-Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan työikäiset antoivat todellisuutta positiivisemmän kuvan elintavoistaan. (Hytinen & Roiha 2009, 51.)

Tästä tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan diabeetikot kokivat elintapojensa olevan melko terveelliset. He olivat tyytyväisiä elämänlaatuunsa ja kokivat hallitsevansa sairauttaan, eikä diabetes hallinnut heitä. Diabeteksestä oli tullut elämänkumppani, jonka kanssa oli joutunut sopeutumaan elämään. Diabeetikot kokivat diabeteksen olevan hoitotasapainossa. Saatua ohjausta oltiin pääosin tyytyväisiä, erityisesti kehuttiin diabeteshoitajilta saatua ohjausta. Työssä käyvät kokivat työterveyshuollon melko toimivaksi kokonaisuudeksi. Lähes jokainen diabeetikko oli saanut jossain sairauden vaiheessa elintapaohjausta. Pitkään sairastaneet kertoivat ohjauksen kehittyneen parempaan suuntaan. Diabetesliittoon ja sieltä saatavaan tietoon oltiin tyytyväisiä.

Ohjausta oli saatu diabeteshoitajalta, ravitsemusterapeutilta, lääkäriltä ja työterveyshoitajalta. Suurin osa vastaajista oli saanut ohjausta terveystieteiden keskukselta ja osa vastaajista oli saanut ohjauksen yksityiseltä sektorilta työterveyshuollosta. Ruuskanen mukaan (2008, 63) diabeetikot saavat hoidonohjausta yleensä terveysasemilla ja työterveyshuollosta. Ohjausta antavat diabeteshoitajat ja muut diabetekseen perehtyneet hoitohenkilökunta.

Useampi diabeetikko oli saanut ohjausta terveellisestä ravitsemuksesta lautasmallin avulla. Vastaajat kertoivat terveellisen lautasmallin sisältävän paljon kasviksia ja pitkäkestoisia hiilihydraatteja. Ohjausta he olivat saaneet myös vältettävistä ruoka-aineista, useampi mainitsi välttävänsä rasvaista ruokaa. Säännöllisen atriarytmin tärkeys oli myös vastaajilla hyvin tiedossa. Suurin osa vastaajista oli lisännyt kasvisten ja vihannesten käyttöä. Atriarytmiä tarkoitettiin aterioiden säännöllisyyttä, pääruokia, välipaloja ja napostelua. Hiilihydraattien määrää osa oli vähentänyt ja osa kiinnittänyt huomion käyttämiinsä hiilihydraatteihin, esim. pullat ja vaalea leipä jäänyt pois sekä hiilihydraattien laskeminen useammalle oli jokapäiväistä. Ruokavalio oli useammalla keventynyt ja atriarytmi tullut säännöllisemmäksi. Myös suolan ja rasvan käyttö oli vähentynyt. Alahuhdan ym. (2010) tutkimuksen mukaan terveellisiin

elintapoihin kuuluu säännöllinen ateriarytmi, annoskokojen ja ruoan laadun huomioiminen. Ohjauksessa oli käytetty apuna lautasmallia, joka ohjaa diabeetikkoa valitsemaan aterialle riittävän määrän hiilihydraatteja, proteiinia ja rasvoja. Lautasmalli ohjaa diabeetikkoa myös välttämään runsaasti energiaa sisältäviä ruoka-aineita sekä pitämään annuskoot sopivina.

Tuloksista selvisi, että diabeetikot kokivat käyttävänsä sopivan määrän rasvaa päivittäin. Sopivalla rasvalla tarkoitettiin päivässä käytettävää leipärasvaa, ruoanvalmistuksessa ja leivonnassa käytettävää rasvaa sekä päivittäin saatava piilorasva esimerkiksi leikkeleet ja juustot. Sopivan määrän rasvaa käytti 16 diabeetikkoa, kolme diabeetikkoa käytti mielestään rasvaa liikaa tai liian vähän sekä yksi vastaaja ei osannut arvioida omaa rasvan käyttöään. Diabeetikot arvioivat käyttämänsä pehmeän rasvan riittävyttä. Pehmeällä rasvalla tarkoitettavan kasvimargariinia, kasvisöljyä sekä rasvaista kalaa. Viisitoista diabeetikkoa koki saavansa riittävästi pehmeää rasvaa päivässä, neljä ei saanut riittävästi pehmeitä rasvoja ja yksi diabeetikko ei osannut arvioida rasvan riittävyttä. Tulokset ovat samanlaisia kuin Keski-Suomessa tehdyssä EVI-tutkimuksessa. Ruoan valmistuksessa ja leivonnassa käytettiin margariinia ja öljyä, tuotteista valittiin vähärasvaiset vaihtoehdot. (Hyttinen & Roiha 2009, 27.)

Diabeetikot arvioivat päivittäisen kuidun käyttöä. Kuiduilla tarkoitettiin täysjyväviljaa, kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Vastaajista viisitoista koki käyttävänsä ruokavaliossaan sopivasti kuituja, kolme vastaajaa ei kokenut saavansa kuituja tarpeeksi ja kaksi ei osannut arvioida päivittäisen kuidun määrää. Suolaa diabeetikot kokivat käyttävänsä sopivan määrän vuorokaudessa, vain kaksi vastaajaa ei osannut arvioida käyttämänsä suolan määrää. Suolan määrää arvioitiin ruoanvalmistuksessa ja runsassuolaisten elintarvikkeiden käytössä. Diabetesliiton ravintosuosituksen mukaan (2008) tulee kiinnittää huomiota runsaskuituiseen ruokavalioon sekä suolan saannin rajoittamiseen. Diabetesliitto on yhdessä sydänliiton kanssa käynnistänyt sydänmerkki-luokituksen, joka helpottaa valitsemaan ravitsemuksellisesti parempia tuotteita. (Sydänmerkki- parempi valinta.)

Tutkimuksessa selvitettiin diabeetikoiden ohjausta riittävästä liikunnasta. Suurin osa vastaajista koki, ettei ollut saanut ohjausta. Seitsemän vastaajaa oli saanut ohjausta liikunnan tärkeydestä osana terveellisiä elintapoja. Vastaajat jotka olivat saaneet ohjausta, olisivat kovanneet konkreettisia neuvoja ja lajeja, joita voisi harrastaa. Ohjausta koettiin saaneen, mutta ohjauksesta ei koettu olevan hyötyä. Liikunta kuului jo osalle diabeetikoista elintapoihin. Oma aktiivisuus vaikutti haluun hankkia tietoa lajeista ja harrastus mahdollisuuksista. Kuopiossa vuonna 2002 aloitetussa tutkimuksessa on saatu hyviä tuloksia liikuntaan sitoutumisesta. Tutkimuksessa ihmisten ohjausta ja kannustusta liikuntaan on lisätty, joka on parantanut diabeetikon sokeritasapainoa. Tutkimus kestää vuoteen 2011 asti, joten kaikkia tuloksia ei ole saatavilla. (Kaisanlahti 2008.)

Diabeetikoista valtaosa kertoi harrastavansa kävelyä, lenkkeilyä sekä hyötyliikuntaa esimerkiksi nurmikonleikkausta. Tutkimuksessa nousi esille myös yksittäisiä harrastettavia liikuntalajeja. Diabeetikot liikkuvat 2-4 kertaa viikossa, hengästyen ja hikoillen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen (2007) mukaan 60-75 vuotiaat liikkuvat enemmän kuin muu väestö. Liikunta on lisääntynyt viimeisten vuosien aikana. Kansalliseen liikuntatutkimukseen osallistuneista liikuntaa harrasti 2-4 kertaa viikossa 50 prosenttia, joista noin 55 prosenttia hengästy ja hikoili liikkuessaan. (Fogelholm, Paronen & Miettinen 2007, 43-46.)

Ravitsemuksessa oli kiinnitetty huomiota ateriakokojen pienentämiseen ja terveellisten tuotteiden valintaan. Ohjaukseen oli kuulunut liikunnan merkityksen korostaminen painonhallinnassa. Diabeetikoista kuusi oli pudottanut painoa, osa heistä oli saanut ohjausta siihen. Viisi diabeetikkoa totesi, ettei painonhallinnassa ole ollut ongelmia. Painonhallinnassa haastavinta on saavutetun painon ylläpitäminen, koska silloin energian kulutus pienenee. Painonhallinnan toteuttamisessa on tärkeää säännöllisyys ja ravitsemuksen sekä liikunnan suunnitelmallisuus. (Alahuhta 2010a, 24-26.) Tutkimusten (Absetz ym. 2008; Alahuhta ym. 2010, 2009) mukaan painonhallinnan onnistumiseen vaikuttaa oma motivaatio, toiminta ja voimavarat. Ohjausta oli annettu ravitsemuksesta, liikunnasta ja painonhallinnasta, apuvälineinä ohjauksessa oli käytetty erilaisia päiväkirjoja. Ohjausta oli toteutettu ryhmäohjauksella.

Ohjausta oli saatu tupakoinnin vaaroista ja vaikutuksesta diabetekseen. Alkoholia käytettiin vähän tai ei ollenkaan. Alkoholia käytettiin ruokailun yhteydessä tai saunan jälkeen, lähinnä lasi viiniä tai olut. Muutaman vastaajan mielestä diabetes ei vaikuttanut heidän alkoholin käyttöönsä. Tutkimuksen diabeetikoilla tupakointi ja alkoholin käyttö oli hyvin vähäistä. Molempien haittavaikutukset diabeteksen hoitoon tiedostettiin ja ohjaus oli tukenut päihteettömyyttä. Tupakointi lisää diabeteksen komplikaatioiden esiintymisriskiä. (Käypä hoito -suositus 2007b.) Käypä hoito -suosituksen (2009a) mukaan alkoholin kohtuukäyttö on diabeetikolle sallittua, se tarkoittaa naisilla yhtä annosta ja miehillä kahta annosta.

Diabeetikot olivat tehneet elintapamuutoksia, jotka liittyivät ravitsemukseen, liikunnan lisääntymiseen ja tupakoinnin lopettamiseen. Vastaajat olivat vaihtaneet rasvattomiin tuotteisiin, lisänneet monipuolisesti kuidun käyttöä. Makeista ja rasvaisista tuotteista oli luovuttu tai niiden käyttöä oli vähennetty. Elintapamuutosten tekeminen koettiin olevan helpompaa, kun siihen jäi enemmän aikaa esimerkiksi eläkkeelle jäätyä. Tuloksissa diabeetikot olivat muuttaneet elämänrytminsä säännölliseksi. Diabeetikot kokivat liikunnan tärkeäksi osaksi sairautensa hoitoa ja liikunnasta saatua hyvänolon tunnetta. Elintapoja oli sairastumisen jälkeen muutettu lisäämällä säännöllistä liikuntaa. Kaksi vastaaja ei ollut tehnyt minkäänlaisia muutoksia elintapoihin. Tutkimuksessa (Absetzin ym. 2008) henkilöt olivat pudottaneet painoa noin kilon ryhmäohjauksen avulla. Muutokseen oli vaikuttanut rasvan määrä ja laatu sekä kuidun ja liikunnan lisääminen. Painonpudotukseen oli vaikuttanut ohjaajan innostuneisuus sekä ryhmässä vallitseva hyvä henki, jossa tuettiin toisia ja saavutettiin hyviä tuloksia. Tulostemme

mukaan diabeetikot olivat pudottaneet painoa pienentämällä ateria kokoja sekä lisäämällä liikuntaa.

Elintapamuutosten tekemistä ei koettu hankalana. Elintapamuutoksen sai aikaan sairastuminen diabetekseen sekä huoli omasta terveydestä. Muutoksen tekeminen oli ollut helpompaa, kun oli itse sisäistänyt tarpeen muutokselle. Lisäksi perheen tuki koettiin tärkeäksi muutoksessa. Hankalimmalta tuntui ruokailutottumusten muuttaminen. Diabeetikot olivat ymmärtäneet terveyden merkityksen, ajatellen tulevaisuuden hyvinvointia. Muutoksen oli osalla saanut aikaan keskustelu terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Alahuhdan ym. (2009) tutkimuksen mukaan motivaatio on tärkeä elintapamuutoksen toteuttamisessa. Omalla motivaatiolla pystytään tekemään pitkäaikaisia ja tehokkaita muutoksia, jotka johtavat pysyvään muutokseen. Elintapamuutoksessa kannustus ja tuki kuuluvat tärkeänä osana tekijälle, jotta se mahdollistaa pysyvän muutoksen.

Enemmän ohjausta diabeetikot kaipasivat ravitsemuksesta, josta kaivattiin konkreettisia neuvoja. Tietoa oli riittävästi saatavilla, jos siihen oli itse vastaanottavainen ja motivoitunut. Omalla aktiivisuudella oli merkitystä uuden tiedon saamisessa ja omaksumisessa. Diabeetikot tarvitsivat säännöllisiä tapaamisia diabeteshoitajan ja lääkärin kanssa. Vastaanotoilla toivottiin saavan tietoa ja tukea omahoidon onnistumiseen. Suurin osa diabeetikoista ei kaivannut lisää ohjausta. Lääkehoidosta haluttiin lisää ohjausta, lähinnä insuliinin annostelusta. Ohjausta toivottiin lisää diabeteshoitajalta, työterveyshuollolta, lääkäriltä ja ravitsemusterapeutilta. Tutkimukset jotka on tehty perusterveydenhuollossa osoittavat, että lääkärit ja hoitajat käyttävät vähän aikaa liikuntaa ja ravitsemusta koskevaan elintapaneuvontaan. (Absetz ym. 2008.)

7.2 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija itse on tutkimuksen tärkein työväline sekä arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 2003, 210.) Tutkijoina on tärkeä kiinnittää huomio omaan puolueettomuuteen ja rehellisyyteen koko prosessin ajan.

Opinnäytetyön validiteetti tarkoittaa, että työssämme on tutkittu juuri sitä mitä on tarkoituksin tutkia. Haastattelulomake on tehty opinnäytetyön tarkoituksen pohjalta, jolloin lomakkeen sisältö vastaa haluttua tietoa. Haasteena voitiin pitää haastateltavan ymmärrystä kysymyksiin vastattaessa ja saadaanko juuri haluttu tieto henkilöiltä. Henkilöiltä saatu tieto on työmme pääpainona. (Kankkunen ym. 2009, 152-153.) Haastatteluista saadun aineiston laatu vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Laadukkaassa tutkimusaineistossa kaikki henkilöt on haastateltu samalla menetelmällä. Etukäteen on vaikea arvioida laadullisissa tutkimuksissa aineiston riittävyttä. (Eskola ym. 2003, 214-215; Hirsjärvi & Hurme 2001, 184.)

Haastatteluaineisto tallennettiin sähköiseen Digium- ohjelmaan, jossa oli valmiina haastattelukysymykset. Ohjelmassa on huomioitu tietoturvallisuus. Ohjelma on vaivaton ja helppokäyttöinen tiedonkeruu menetelmä. Valitsimme sen aikaisemman positiivisen kokemuksen vuoksi. Haastatteluissa kirjasimme vain oleelliset vastaukset kysymyksiin. Haastatteluissa keskusteltiin asioista yleisemmällä tasolla, jotka eivät vastanneet haluttuihin kysymyksiin. Vastausten kirjaaminen perustui omaan tulkintaan saaduista tiedoista, joten vastausten tarkistaminen ei ole mahdollista. Pohdimme vastausten riittävyttä ja mahdollisia kirjaamattomia tietoja. Uskomme kuitenkin, että olemme saaneet tarvittavan tiedon kirjattua, vaikka haastatteluista saatu aineisto on niukka.

7.3 Kehittämisehdotukset

Diabeteksen lisääntyessä on tärkeää panostaa ennaltaehkäisyyn ja taudin varhaiseen toteamiseen. Elintapaohjaus on keskeisessä asemassa T2D:n ehkäisyssä. Sillä voidaan vaikuttaa kaikkien diabeetikoiden elämänlaatuun ja ehkäistä lisäsairauksia. Suurin osa diabeteksen kustannuksista koostuu lisäsairauksien hoitamisesta, hoitotarvikkeisiin kuluva osuus on vain joitain prosentteja. Elintapaohjauksesta on tehty useita tutkimuksia, joista on saatu hyviä tuloksia. Elintapaohjauksen kehittäminen on diabeetikon onnistuneen hoidon kannalta tärkeää ja ajankohtaista. (Diabetesliitto 2009.)

Kehittymistarpeiksi nousi konkreettisten neuvojen ja ohjeiden saaminen ravitsemuksesta, liikunnasta ja painonhallinnasta. Diabeetikot kokivat tarvitsevansa eniten ravitsemukseen liittyvää ohjausta lisää. Ohjauksen tarve vaihteli yksittäisten tuotteiden valitsemisesta, isojen kokonaisuuksien hallintaan. Useampi diabeetikko ei tiennyt mitä tarkoitetaan pehmeällä rasvalla ja kuidulla. Ravitsemusterapeutin luentoa toivottiin, josta saisi konkreettisia neuvoja esimerkiksi ruokaohjeita. Pohdimme miten diabeetikoiden tuotteiden valintaa voisi helpottaa, suosimalla sydänmerkin tuotteita diabeetikko tietää valitsevansa terveellisen vaihtoehdon. Lisäksi lautasmallin avulla voi kerrata ravitsemus suosituksen mukaista aterian kokoamista. Diabeetikon käydessä hoitajan vastaanotolla kannattaisi ravitsemusasioita kerrata, esimerkiksi kertoa kuinka paljon kuitua tarvitaan päivittäin ja mistä sitä saa.

Painonhallinnasta tarvittiin lisää konkreettisia ohjeita. Diabeetikot eivät olleet saaneet tietoa, miten painoa tulisi pudottaa. Ohjeina oli saatu vain käsky pudottaa painoa, ilman ohjeita. Tutkimuksissa oli saatu hyviä tuloksia painonpudotuksesta ryhmässä, johon vaikutti muilta ryhmäläisiltä saatu vertaistuki sekä innostavat ryhmänohjaajat. Ryhmän aikana muutosprosessissa tapahtui siirtyminen seuraavalle tasolle muutosta. Diabeetikot kaipaivat tietoa mitä liikuntalajeja oli turvallista harrastaa, koska osalla oli muita terveyteen vaikuttavia sairauksia. Liikunnan tueksi diabeetikolle voisi antaa käyttöön liikkumisreseptin. Se on helppo käytöinen ja selkeä. Ohjauksen lisäksi, se palvelisi diabeetikkoa antamalla konkreettisia lajeja joita harrastaa.

Elintapaohjaus on jatkossakin tärkeä kehittämisen kohde. Diabeetikon ja hoitajan välillä keskustelun pitäisi olla käytännön läheistä ja konkreettisia asioita käsittelevää. Elintapamuutoksia tehdessä edetään hitaasti ja tavoitteellisesti. Hoitajalla on tukea antava ja kannustava merkitys elintapamuutosten toteutuessa. Elintapaohjauksessa muutosten tekeminen etenee yksilöllisesti, joten muutosprosessin vaihe tulee ottaa ohjauksessa huomioon. Diabeetikolla pitäisi olla mahdollisuus osallistua yksilö- ja ryhmäohjaukseen. Tämän toteuttaminen vaatisi lisää hoitajia, jotka ovat asiaan pätevöityneet sekä taloudellista panostamista kuntien taholta. Hoitajien ja lääkäreiden avulla ei pystytä muuttamaan elintapoja, vaan siihen tarvitaan tukea koko yhteiskunnalta.

Lähteet

Absetz, P. 2009. Elämäntapaohjausta voi tehostaa tavoitteellisella toimintamallilla. Tesso, 2: 16-17.

Absetz, P., Hankonen, N., Yoshida, S. & Valve, R. 2008. Ryhmänohjaajan roolin ja käsitysten yhteys ohjattavien onnistumiseen elintapamuutoksessa. Hoitotiede. Vol. 20, no.5/08. 248-257.

Absetz, P., Valve, R., Jallinoja, P., Päätaalo A. & Hankonen, N. 2008. Julkaisussa Absetz, P. & Patja, K. (toim.) Ennaltaehkäisyn kehittäminen Päijät-Hämeen terveydenhuollossa: interventiot osana Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus- ja kehittämishanketta. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän julkaisu 68.

Alahuhta, M., Ukkola, T., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Keränen, A., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. Tutkiva hoitotyö. Vol. 8 (2)

Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. Hoitotiede. 21 (4). 259-268.

Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painon hallintaansa? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 46, 148-158.

Dehkon 2D -hanke (D2D) 2003-2007, Loppuraportti. Suomen diabetesliitto ry: Kirjapaino Hermes oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Eriksson, L. Diabeteksen ehkäisy ja hoito -luento 3.3.2010. Lohja. Luentodiat.

Etu-Seppälä, L., Ilanne-Parikka, P., Haapa, E., Marttila, J., Korkee, S. & Sampo, T. 2003. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003-2010. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimus-haastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, O. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Ilanne-Parikka, P. 2009. Pääteet ja diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M-T. & Sane, T. 6.painos. Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. 1.painos. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro Oy.

Korkiakangas, E., Alahuhta, M. & Laitinen, J. 2011. Omaseuranta motivoi elintapamuutokseen. Sairaanhoitaja 1/2011. Vol 84. 52-54.

Koski, S. 2010. Diabetesbarometri. Suomen diabetesliitto ry.

Kyngäs, H. 2008. Hoidonohjauksen lähtökohtia. Teoksessa Rintala T-M., Kotisaari S., Olli S. & Simonen R. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol. 11, no 1/99.

Laaksonen, D. 2004. Elämäntavat ja diabeteksen ehkäisy. Suomen Lääkärilehti. 15-16/2004. VSK.59.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällön analyysi. Porvoo: WSOY.

Poskiparta, M. 2008. Elintapaohjaus osana diabeetikon hoitoa. Teoksessa Rintala T-M., Kotisaari S., Olli S. & Simonen R. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi.

Ruuskanen, S. 2008. Hoidon ohjauksen sisältö. Teoksessa Rintala T-M., Kotisaari S., Olli S. & Simonen R. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi.

Rönnemaa, T. & Leppiniemi, E. 2009. Verensokerin omaseuranta. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane. 6.painos. Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saraheimo, M. 2009. Diabeteksen oireet. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. 6.painos. Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saraheimo, M. 2009. Mitä diabeteksen hoito on?. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. 6.painos. Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saraheimo, M. 2009. Tyypin 1 diabetes. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. 6.painos. Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saraheimo, M. & Sane, T. 2009. Diabetes lisääntyy. Teoksessa; Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha, M.-T. & Sane, T. 2009. 6.painos. Diabetes. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Turku, R. 2008. Mallin antajasta valmentajaksi ja oppimisen edistäjäksi. Teoksessa Rintala T-M., Kotisaari S., Olli S. & Simonen R. Diabeetikon hoidonohjaus. Helsinki: Tammi.

Turku, R. 2007. 2.painos. Muutosta tukemassa, valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Ota-van kirjapaino Oy.

Internet -lähteet

Alahuhta, M. 2010a. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteiden laitos, hoitotiede. Oulu. Viitattu 13.3.2011.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514263552/isbn9789514263552.pdf>

Dehko. 2003. Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatukriteerit. Viitattu 26.3.2010
http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=81

Diabetesliitto. 2010. Kustannukset. Viitattu 13.3.2010.
http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=2311

Diabetesliitto. 2009. Hyvä hoito hillitsee diabeteksen aiheuttamia kustannuksia. Viitattu 13.3.2011.
http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/ajankohtaista/ajankohtaista_arkisto/hyva_hoito_hillitsee_diabeteksen_aiheuttamia_kustannuksia.html

Diabetesliitto. Riskitesti. Viitattu 13.2.2010.
http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/diabeteksen_ehkaisy/riskitesti/

Fogelholm, M., Paronen, M. & Miettinen, M. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1. Liikunta - hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveysliikunnan tila ja kehittyminen 2006. Helsinki: Opetusministeriö. Viitattu 12.3.2011

<http://pre20090115.stm.fi/pr1169019512649/passthru.pdf>

Hyttinen, L. & Roiha, M. 2009. Keskisuomalaisten työikäisten ravitsemustottumusten varhais-tunnistaminen ja tyypin 2 diabetesriskin kartoittaminen EVI-hankkeessa. Pro gradu- tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos. Viitattu 12.3.2011.

https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/19658/URN_NBN_fi_jyu-200903021082.pdf?sequence=1

Ilanne-Parikka, P. 2011. Sokerihemoglobiini, HbA1c. Terveyskirjasto, Duodecim. Viitattu 24.4.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia00412

Kaisanlahti, A. 2008. Terveiden kannalta tärkeintä liikunnassa on säännöllisyys. Diabetes lehti 3/2008. Viitattu 12.3.2011

http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabeteslden_juttuarkisto/ruokavalio_liikunta_laihdutus/terveyden_kannalta_tarkeinta_liikunnassa_on_saannollisyys.html

Käypä hoito. 2007a. Aikuisten lihavuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Viitattu 9.10.2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010>

Käypä hoito. 2007b. Diabeettinen nefropatia. Viitattu 13.3.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50060?hakusana=tu-pakointi>

Käypä hoito. 2009a. Diabetes. Viitattu 13.3.2010

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>

Käypä hoito. 2009b. Dyslipidemiat. Viitattu 5.2.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50025?hakusana=kol-esteroli>

Käypä hoito. 2009c. Kohonnut verenpaine. Viitattu 5.2.2011.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04010?hakusana=ver-enpaine>

Knowler, WC., Barrett-Connor, E., Fowler, SE., Hamman, RF., Lachin, JM., Walker, EA. & Nathan D. 2002. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. Viitattu 11.3.2011

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/11832527?dopt=Abstract&holding=f1000,f1000m,i-srcin>

Mustajoki, P. 2010a. Diabetes (sokeritauti). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 13.3.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011&p_haku=diabetes

Mustajoki, P. 2010b. Tyypin 1 diabeteksen hoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 5.2.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00774

Mustajoki, P. 2010c. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 11.11.2010

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00775

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 7.3.2011.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sai-raanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Sofi, F., Abbate, R., Gesini, G.-F. & Casini, A. 2010. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. The American Journal of clinical nutrition. Viitattu 13.3.2011.

<http://www.ajcn.org/content/92/5/1189.abstract>

Sydänmerkki- parempi valinta. Viitattu 11.3.2011.
http://www.sydänmerkki.fi/sydänmerkki_tuotteet/

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2008. Diabetes. Viitattu 29.1.2011.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/diabetes

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2008. Elintavat. Viitattu 9.10.2010.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2009a. Ravitsemussuositukset lyhyesti. Viitattu 11.11.2010.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/ravitsemus/suositukset_ja_toimenpideohjelmat/ravitsemus-ja_juomasuositukset/ravitsemussuositukset_lyhyesti

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2009b. Liikunta. Viitattu 9.10.2010.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/liikunta/

Virtanen, S., Aro, E., Keskinen, P., Lindström, J., Rautavaara, M., Ventola, A-L., Virtanen, L. 2008. 1. Painos. Ruokavalio suositukset 2008. Suomen diabetesliitto ry. Kopioitu 26.4.2010.
http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=1219

World health organization. 2011. Diabetes. Viitattu 10.3.2011
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

Kuvat

Kuva 3: Napahahmo kuvaa diabetekseen sairastumisen riskiä	12
Kuva 4: Lautasmalli kuvaa suositusten mukaista ateriaa	15

Kuviot

Kuvio 2: Transteoreettinen muutosvaihemallin vaiheet	17
Kuvio 2: Yhteenveto elintapaohjauksen teemoista	26
Kuvio 3: Muutosvaihemalliin kerätyt tulokset.....	28

Taulukot

Taulukko 1: Yhteenveto diabeteksen etiologiasta	8
---	---

Liite1. Haastattelulomake

Diabeteshaastattelut

Ravitsemustottumukset

Millaista ohjausta saitte terveellisestä ravitsemuksesta?

Onko ruokailutottumuksenne muuttunut ohjauksen jälkeen?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

Jos on, niin miten?

Kuville ruokailutottumuksiasi

Syöttekö mielestänne terveytenne kannalta

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
sopivan määrän rasvaa (leipärasva, ruoanvalmistus, leivonta, valmisruoat, juustot, kahvileivät, leikkeleet)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
riittävästi pehmeää rasvaa (kasvi-margariinit, kasviöljyt, rasvainen kala)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
sopivasti kuituja (täysjyvävilja, kasvikset, marjat, hedelmät)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
sopivasti suolaa (ruuanvalmistuksessa, runsassuolaiset elintarvikkeet, juustot, leikkeleet, makkarat)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
sopivan usein päivässä (pääruoat, välipalat, kahvi, napostelu)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Liikuntatottumukset

Oletteko saanut ohjausta riittävästä liikunnasta?

Miten liikutte?

Kuinka paljon liikutte viikossa?

Hengästyttkö / hikoiletteko liikkuessanne?

Painonhallinta

Oletteko saanut ohjausta painonhallinnassa?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

Minkälaista ohjausta olette saanut painonhallintaan?

Tupakointi ja alkoholin käyttö

Tupakoitteko?

- ☐ Kyllä
- ☐ Ei

Oletteko saanut tietoa tupakoinnin vaikutuksesta terveyteenne?

Alkoholin käyttö?

Muutosvaihemalli

Millaisia elintapamuutoksia olette tehnyt?

Miltä muutoksen tekeminen tuntui?

Mikä sen sai aikaan?

Minkälaisia haasteita on ollut elintapamuutosten toteuttamisessa?

Mistä elintapoihin liittyvästä teemasta olisitte kaivannut enemmän ohjausta?

Minkälaista ohjausta?

Keneltä olisitte toivonut lisää ohjausta?